

QUESTIONÁRIO SÓCIO ECONÔMICO - PRO FG 2018.1

CURSO NA FG:		Nº MATRÍCULA	
NOME		IDADE	
RG Nº	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	CPF
ENDEREÇO	Nº	APTO	BAIRRO
CIDADE/UF	TEL FIXO []	TEL CELULAR ()	
E-MAIL			WHATSAPP ()
SEXO :	MASCULINO []	FEMININO []	
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO [] CASADO [] SEPARADO/DIVORCIADO/DESQUITADO [] VIÚVO [] UNIÃO ESTÁVEL []			

INFORMAÇÕES CURRICULARES

ONDE CURSOU ENSINO FUNDAMENTAL? () EM ESCOLA PÚBLICA () PARTE EM ESCOLA PÚBLICA E PARTE EM PARTICULAR SEM BOLSA
() PARTE EM ESCOLA PÚBLICA E PARTE EM ESCOLA PARTICULAR COM BOLSA - QUAL O PERCENTUAL DA BOLSA; _____ %
() ESCOLA PARTICULAR COM BOLSA - QUAL O PERCENTUAL DA BOLSA; _____ % () ESCOLA PARTICULAR SEM BOLSA

ONDE CURSOU ENSINO MÉDIO? () EM ESCOLA PÚBLICA () PARTE EM ESCOLA PÚBLICA E PARTE EM PARTICULAR SEM BOLSA
() PARTE EM ESCOLA PÚBLICA E PARTE EM ESCOLA PARTICULAR COM BOLSA - QUAL O PERCENTUAL DA BOLSA; _____ %
() ESCOLA PARTICULAR COM BOLSA - QUAL O PERCENTUAL DA BOLSA; _____ % () ESCOLA PARTICULAR SEM BOLSA

TEM CURSO UNIVERSITÁRIO COMPLETO? () NÃO () SIM.....QUAL CURSO _____

DENTRO DE SEU GRUPO FAMILIAR EXISTEM OUTROS UNIVERSITÁRIOS? () NÃO () SIM.....QUANTOS? _____

EM QUAL IES ESTUDA? () FG () PÚBLICA () OUTRA PRIVADA QUAL(IS)? _____

INFORMAÇÕES GERAIS

EM QUAL CIDADE RESIDE SEU GRUPO FAMILIAR? _____

VOCÊ RESIDE ATUALMENTE COM QUEM? () FAMÍLIA () REPÚBLICA () PENSIONATO () SÓZINHO

EM QUE CONDIÇÕES? () RESIDÊNCIA PRÓPRIA () ALUGADA () FINANCIADA () OUTROS - _____

SE A RESIDÊNCIA É ALUGADA OU FINANCIADA, QUAL O CUSTO MENSAL (Aluguel + Condomínio, se houver) : R\$ _____

PRECISOU MUDAR DE CIDADE, NA QUAL RESIDE, PARA CURSAR A FG? () SIM () NÃO

PASSOU A RESIDIR COM QUEM? () FAMÍLIA () REPÚBLICA () PENSIONATO () SÓZINHO () OUTRO - _____

EM QUE CONDIÇÕES? () RESIDÊNCIA PRÓPRIA () ALUGADA () FINANCIADA () OUTROS - _____

SE A RESIDÊNCIA É ALUGADA OU FINANCIADA, QUAL O CUSTO MENSAL (Aluguel + Condomínio, se houver): R\$ _____

QUAL MEIO DE TRANSPORTE SE UTILIZA PARA CHEGAR A FG? () PRÓPRIO () COLETIVO () ESCOLAR () A PÉ

QUAL O CUSTO MENSAL COM O TRANSPORTE? R\$ _____

QUAIS DESSES BENS VOCÊ POSSUI? () CARRO/MOTO () TERRENO () RESIDÊNCIA () SÍTIO/FAZENDA () AÇÕES () EMPRESA

TEM ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA? () NÃO () SIM

SE A RESPOSTA À PERGUNTA ACIMA FOI POSITIVA, QUAL SEU VÍNCULO EMPREGATÍCIO: () ESTÁGIÁRIO () SERVIDOR PÚBLICO

() EMPREGADO C/ REGISTRO EM EMPRESA PRIVADA () EMPREGADO S/REGISTRO EM EMPRESA PRIVADA () AUTÔNOMO

NOME DA EMPRESA PRIVADA/PÚBLICA OU ÓRGÃO NO QUAL TRABALHA? _____

QUAL TEMPO DE SERVIÇO? _____ ANOS _____ MESES QUAL A REMUNERAÇÃO BRUTA MENSAL? R\$ _____

VOCE RECEBE PENSÃO ALIMENTÍCIA? () NÃO () SIM...QUAL VALOR? R\$ _____

VOCE PAGA PENSÃO ALIMENTÍCIA? () NÃO () SIM...QUAL VALOR? R\$ _____

VOCÊ POSSUI PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA? () NÃO () SIM.....QUAL? _____

QUAL A SUA PARTICIPAÇÃO NA VIDA ECONÔMICA DO SEU GRUPO FAMILIAR? () NÃO TRABALHA E SEUS GASTOS SÃO TODOS CUSTEADOS

() TRABALHA E É INDEPENDENTE FINANCEIRAMENTE () TRABALHA MAS NÃO É INDEPENDENTE FINANCEIRAMENTE

() TRABALHA E, É O (UM DOS) RESPONSÁVEL (IS) PELO SUSTENTO DE SEU GRUPO FAMILIAR

VOCÊ OU ALGUM MEMBRO DE SEU GRUPO FAMILIAR SÃO BENEFICIÁRIOS DE PROGRAMAS SOCIAIS, TAIS COMO BOLSA FAMÍLIA, MINHA CASA

OU ESTÁ INSCRITO NO CADASTRAMENTO ÚNICO DO GOVERNO? () NÃO () SIM

QUAL TIPO DE RESIDÊNCIA DE SEU GRUPO FAMILIAR? () CASA TÉRREA () CASA COM MAIS DE UM PISO () APARTAMENTO

QUAIS CARACTERÍSTICAS MELHOR DESCREVEM A RESIDÊNCIA DE SEU GRUPO FAMILIAR: () COM ACABAMENTO (PISO, REBOCO, PINTURA)

() SEM ACABAMENTO () COM REDE DE ESGOTO () SEM REDE DE ESGOTO

COBERTURA; () LAJE () TELHA DE BARRO () TELHA METÁLICA () TELHA DE FIBROCIMENTO () OUTRA - _____

PISO: () MADEIRA () CIMENTO () CERÂMICA () OUTROS - _____

COM RELAÇÃO À RESIDÊNCIA E BENS DE SEU GRUPO FAMILIAR, INFORMAR A QUANTIDADE: () QUARTO () BANHEIRO

() AUTOMÓVEL () MOTO () GELADEIRA () TELEVISÃO () AR CONDICIONADO () INTERNET

() COMPUTADOR () MÁQUINA DE LAVAR ROUPA () TELEFONE CELULAR () TV POR ASSINATURA

INFORMAÇÕES DO GRUPO FAMILIAR

COMPONENTES DO GRUPO FAMILIAR - PESSOAS QUE RESIDEM SOB O MESMO TETO, QUE NÃO SEJA DE FORMA PROVISÓRIA.

RELACIONAR ABAIXO TODOS OS MORADORES QUE COMPÕEM O GRUPO FAMILIAR- PAIS, IRMÃOS, TIOS, AVÓS, PRIMOS, CÔNJUGE, FILHOS..

NOME		IDADE
RG Nº	ESCOLARIDADE	GRAU DE PARENTESCO
OCUPAÇÃO:	RENDA BRUTA MENSAL: R\$	SEXO () MASC () FEM
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO [] CASADO [] SEPARADO/DIVORCIADO/DESQUITADO [] VIÚVO [] UNIÃO ESTÁVEL []		
NOME		IDADE
RG Nº	ESCOLARIDADE	GRAU DE PARENTESCO
OCUPAÇÃO:	RENDA BRUTA MENSAL: R\$	SEXO () MASC () FEM
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO [] CASADO [] SEPARADO/DIVORCIADO/DESQUITADO [] VIÚVO [] UNIÃO ESTÁVEL []		
NOME		IDADE
RG Nº	ESCOLARIDADE	GRAU DE PARENTESCO
OCUPAÇÃO:	RENDA BRUTA MENSAL: R\$	SEXO () MASC () FEM
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO [] CASADO [] SEPARADO/DIVORCIADO/DESQUITADO [] VIÚVO [] UNIÃO ESTÁVEL []		
NOME		IDADE
RG Nº	ESCOLARIDADE	GRAU DE PARENTESCO
OCUPAÇÃO:	RENDA BRUTA MENSAL: R\$	SEXO () MASC () FEM
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO [] CASADO [] SEPARADO/DIVORCIADO/DESQUITADO [] VIÚVO [] UNIÃO ESTÁVEL []		
NOME		IDADE
RG Nº	ESCOLARIDADE	GRAU DE PARENTESCO
OCUPAÇÃO:	RENDA BRUTA MENSAL: R\$	SEXO () MASC () FEM
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO [] CASADO [] SEPARADO/DIVORCIADO/DESQUITADO [] VIÚVO [] UNIÃO ESTÁVEL []		
NOME		IDADE
RG Nº	ESCOLARIDADE	GRAU DE PARENTESCO
OCUPAÇÃO:	RENDA BRUTA MENSAL: R\$	SEXO () MASC () FEM
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO [] CASADO [] SEPARADO/DIVORCIADO/DESQUITADO [] VIÚVO [] UNIÃO ESTÁVEL []		
NOME		IDADE
RG Nº	ESCOLARIDADE	GRAU DE PARENTESCO
OCUPAÇÃO:	RENDA BRUTA MENSAL: R\$	SEXO () MASC () FEM
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO [] CASADO [] SEPARADO/DIVORCIADO/DESQUITADO [] VIÚVO [] UNIÃO ESTÁVEL []		
ALGUM MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR É PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA (COMPROVADA COM LAUDO MÉDICO)? () SIM () NÃO		

SE A RESPOSTA À PERGUNTA ANTERIOR FOR POSITIVA, QUAL(IS) DO(S) COMPONENTE(S) E QUAL DOENÇA/LESÃO?

NOME: _____ D/L: _____

NOME: _____ D/L: _____

DADOS PESSOAIS DO REPRESENTANTE LEGAL/RESPONSÁVEL FINANCEIRO

NOME		IDADE	
RG Nº	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	CPF
ENDEREÇO		Nº	APTO
HÁ QUANTO TEMPO RESIDE NESSA RESIDÊNCIA? _____ ANOS _____ MESES		BAIRRO	
SUA RESIDÊNCIA É: () PRÓPRIA () ALUGADA () FINANCIADA () OUTROS - _____			
NOME DO PAI: _____			
NOME DA MÃE: _____			
CIDADE/UF	TEL FIXO []	TEL CELULAR ()	
E-MAIL		WHATSAPP ()	
SEXO :	MASCULINO []	FEMININO []	
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO [] CASADO [] SEPARADO/DIVORCIADO/DESQUITADO [] VIÚVO [] UNIÃO ESTÁVEL []			
Nº DE DEPENDENTES: _____			
QUAIS DESSES BENS VOCÊ POSSUI? () CARRO/MOTO () TERRENO () RESIDÊNCIA () SÍTIO/FAZENDA () AÇÕES () EMPRESA			

NOME DO CÔNJUGE		IDADE	
RG Nº	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	CPF
ENDEREÇO		Nº	APTO
		BAIRRO	

DADOS PROFISSIONAIS DO REPRESENTANTE LEGAL/RESPONSÁVEL FINANCEIRO

TEM ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA? () NÃO - () APOSENTADO OU () PENSIONISTA () SIM	
SE A RESPOSTA À PERGUNTA ACIMA FOI POSITIVA, QUAL SEU VÍNCULO EMPREGATÍCIO: () SERVIDOR PÚBLICO () EMPREGADO C/ REGISTRO EM EMPRESA PRIVADA () EMPREGADO S/REGISTRO EM EMPRESA PRIVADA () AUTÔNOMO	
NOME DA EMPRESA PRIVADA/PÚBLICA OU ÓRGÃO NO QUAL TRABALHA? _____	
EMPRESA/ÓRGÃO PÚBLICO: _____	CARGO: _____
ENDEREÇO DA EMPRESA NA QUAL TRABALHA: _____	
BAIRRO: _____	CIDADE: _____ TEL.: () _____
QUAL TEMPO DE SERVIÇO? _____ ANOS _____ MESES QUAL A REMUNERAÇÃO BRUTA MENSAL? R\$ _____	
VOCE RECEBE PENSÃO ALIMENTICIA? () NÃO () SIM...QUAL VALOR? R\$ _____	
VOCE PAGA PENSÃO ALIMENTICIA? () NÃO () SIM...QUAL VALOR? R\$ _____	
VOCÊ POSSUI PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA? () NÃO () SIM.....QUAL? _____	

DADOS PESSOAIS DO(A) FIADOR(A)			
NOME		IDADE	
RG Nº	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	CPF
ENDEREÇO		Nº	APTO
		BAIRRO	
HÁ QUANTO TEMPO RESIDE NESTA RESIDÊNCIA? _____ ANOS _____ MESES		NACIONALIDADE	
SUA RESIDÊNCIA É: () PRÓPRIA () ALUGADA () FINANCIADA () OUTROS - _____			
NOME DO PAI: _____			
NOME DA MÃE: _____			
CIDADE/UF	TEL FIXO []	TEL CELULAR ()	
E-MAIL		WHATSAPP ()	
SEXO : MASCULINO [] FEMININO []			
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO [] CASADO [] SEPARADO/DIVORCIADO/DESQUITADO [] VIÚVO [] UNIÃO ESTÁVEL []			
Nº DE DEPENDENTES: _____			
QUAIS DESSES BENS VOCÊ POSSUI? () CARRO/MOTO () TERRENO () RESIDÊNCIA () SÍTIO/FAZENDA () AÇÕES () EMPRESA			

NOME DO CÔNJUGE		IDADE	
RG Nº	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	CPF
ENDEREÇO		Nº	APTO
		BAIRRO	
DADOS PROFISSIONAIS DO(A) FIADOR(A)			
TEM ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA? () NÃO - () APOSENTADO OU () PENSIONISTA () SIM			
SE A RESPOSTA À PERGUNTA ACIMA FOI POSITIVA, QUAL SEU VÍNCULO EMPREGATÍCIO: () SERVIDOR PÚBLICO			
() EMPREGADO C/ REGISTRO EM EMPRESA PRIVADA () EMPREGADO S/REGISTRO EM EMPRESA PRIVADA () AUTÔNOMO			

SE SERVIDOR PÚBLICO: () CONCURSADO () NOMEADO

NOME DA EMPRESA PRIVADA/PUBLICA OU ÓRGÃO NO QUAL TRABALHA? _____	
CARGO: _____	
ENDEREÇO DA EMPRESA NA QUAL TRABALHA: _____	
BAIRRO: _____	CIDADE: _____ TEL.: () _____
QUAL TEMPO DE SERVIÇO? _____ ANOS _____ MESES	QUAL A REMUNERAÇÃO BRUTA MENSAL? R\$ _____
VOCE RECEBE PENSÃO ALIMENTICIA? () NÃO () SIM...QUAL VALOR? R\$ _____	
VOCE PAGA PENSÃO ALIMENTICIA? () NÃO () SIM...QUAL VALOR? R\$ _____	
VOCÊ POSSUI PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA? () NÃO () SIM.....QUAL? _____	

OBS.: NO CASO DA NECESSIDADE DE MAIS UM FIADOR, IMPRIMIR OUTRA PÁGINA DESTA.

DESCREVA BREVEMENTE QUAIS AS PRINCIPAIS RAZÕES QUE O(A) LEVAM A PLEITEAR O PRO FG

Estou ciente de que a constatação, pela CPEU, da omissão e/ou divergência de informações prestadas neste questionário, com a documentação comprobatória entregue e/ou com a realidade fática constatada através da entrevista a ser realizada na própria IES ou na residência do candidato, conforme previsto no art 67º do Regulamento do PRO FG, me elimina da participação neste Programa.

Data: ____/____/____

ALUNO

RESPONSÁVEL LEGAL